



BOVISIO MASCIAGO CESANO MADERNO DESIO LIMBIATE MUGGIÒ NOVA MILANESE VAREDO

**Allegato sub.1a
AUTOCERTIFICAZIONE CAREGIVER**

**Per accedere al Buono Sociale di CAREGIVER di cui all'AVVISO PUBBLICO
PER L'EROGAZIONE DELLE MISURE A FAVORE DELLE PERSONE
CON DISABILITA' GRAVE O IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA
PREVISTE DAL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA
MISURA B2 - DGR XI 2862 DEL 18/02/2020**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ (Prov) _____ in via _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di assolvere al compito di caregiver per almeno 15 ore settimanali in favore di _____ (nome e cognome) richiedente delle misure a favore di persone con grave disabilità o non autosufficienti **Misura B2 DGR XI 2862/2020**;
oppure
- di essere genitore/tutore di _____, richiedente della presente Misura e di essere il di lui/di lei caregiver occupandomi in toto della cura dello stesso/stessa. (in questo caso, non è necessario compilare la tabella sottostante e il dettaglio dei compiti di cura. Passare direttamente alla sezione delle dichiarazioni).

Il ruolo di caregiver viene principalmente svolto in questi momenti, per almeno 15 ore settimanali (indicare nella seguente tabella orari effettuati):

	Mattina	Pomeriggio	Sera	Notte
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

Il ruolo di caregiver si esprime principalmente in queste attività:

- cura dell'igiene personale
- preparazione/somministrazione pasti
- somministrazione di farmaci/terapie
- presenza durante i momenti di riposo, contrattualmente previsti, dell'assistente familiare regolarmente assunto
- co-presenza durante la somministrazione di cure mediche e socio-sanitarie da parte di personale esperto
- disbrigo di pratiche amministrative
- altro _____

DICHIARA INOLTRE

di:

- NON** assumere il ruolo di caregiver per più di due persone contemporaneamente richiedenti la **Misura B2 DGR XI 2862/2020**
- essere occupato con contratto di lavoro di ____ ore settimanali
- di essere libero professionista
- di essere pensionato (artt. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
- disoccupato
- altro _____

Firma

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati - Regolamento Europeo UE 2016/679, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il richiedente della **DOMANDA PER L'ACCESSO ALLE MISURE A FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITA' O NON AUTOSUFFICIENTI MISURA B2 - DGR XI 2862/2020**, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che quanto sopra dichiarato da _____ (cognome e nome del caregiver), corrisponde al vero

Firma

Il modulo è compilato e sottoscritto interamente dal caregiver, nel caso in cui lo stesso sia amministratore di sostegno; indicare gli estremi del documento formale di nomina:

decreto n. _____ del _____

Firma del caregiver/amministratore di sostegno
